



**FIRMA**

Comprendo que la ley del Estado de Washington no me permite otorgar la información solicitada en la página 1 a nadie, excepto que sea necesaria para tomar las acciones legales para las cuales la solicité.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
MI FIRMA O LA FIRMA DE MI ABOGADO

**LEGALIZACIÓN NOTARIAL**

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Firmado o confirmado ante mí el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
TÍTULO

Mi cargo vence \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, contacte a:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT

o si llama desde larga distancia

Los servicios de TTY/TDD están disponibles para las personas con discapacidad auditiva o del habla.  
Visite nuestro sitio web en: [www.dshs.wa.gov/dcs](http://www.dshs.wa.gov/dcs)

No se discriminará a ninguna persona a los fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, creencias, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.

En su respuesta indique:  
Nº de caso: